

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 7 novembre 1900, à 1 heure

PAR

Gustave MORHANGE

Ancien externe des Hôpitaux de Marseille
Ancien interne de l'Hôpital Rothschild

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GINGIVITE EXPULSIVE

ET DE SON TRAITEMENT

Président M. TILLAUX, Professeur

BRISSAUD, Professeur.

Juges MM.) LEJARS, Agrégé

GILLES de la TOURETTE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 7 novembre 1900, à 1 heure

PAR

Gustave MORHANGE

Ancien externe des Hôpitaux de Marseille

Ancien interne de l'Hôpital Rothschild

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GINGIVITE EXPULSIVE

ET DE SON TRAITEMENT

Président M. TILLAUX, Professeur.

BRISSAUD, Professeur.

Juges MM. LEJARS, Agrégé

GILLES de la TOURETTE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	N.....
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires	PANAS.
Clinique d'accouchement	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

MEIS ET AMICIS

tances où nous eûmes besoin de leurs conseils pour ceux qui nous furent chers.

Nous remercions vivement M. le professeur agrégé Wallich pour la bonté et la sympathie qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

Notre bien cher maître M. le docteur Weill nous a accueilli avec la plus grande bienveillance. Pendant les trois années que nous avons eu l'honneur d'être son interne, il n'a cessé de nous prodiguer les marques du plus grand intérêt. C'est lui, qui nous a guidé à travers le dédale si compliqué de la clinique : nous tenons à lui exprimer toute l'étendue de notre reconnaissance et de notre dévouement.

Nous devons également des remerciements à MM. les docteurs Reblaud, Diamantberger, Frey et Isch-Wall pour toutes les bontés qu'il ont eues à notre égard. Nous n'en exceptons pas nos amis : MM. les docteurs Cassoute et Lop.

M. le docteur Hugenschmidt a bien voulu nous guider de ses conseils éclairés. Grâce à l'empressement qu'il a eu à mettre à notre disposition les matériaux qui pouvaient nous être utiles, il nous a permis de mener à bien notre travail. Aussi tenons-nous à lui adresser en toute sincérité l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Enfin, que M. le professeur Tillaux nous permette de lui dire combien nous sommes touché qu'il ait bien voulu accepter la présidence de notre Thèse inaugurale.

INTRODUCTION

De toutes les affections buccales, une des plus graves est sans contredit celle qui est connue sous le nom de gingivite expulsive ou encore de pyorrhée alvéolo-dentaire. Cette désolante et tenace affection a fait l'objet d'un grand nombre de travaux et les traitements les plus variés lui ont été proposés.

Les premiers auteurs qui l'ont décrite se sont montrés fort pessimistes quant au pronostic et en 1880 paraissait encore un travail résumant toutes les connaissances que l'on avait à cette époque, travail qui se terminait par ces paroles peu encourageantes : « la maladie aboutit fatalement à la perte des dents, toute thérapeutique est inutile ».

Cependant il ne faut pas croire que l'on soit resté inactif : on avait compris dès le début qu'il ne fallait pas attendre que la maladie étende ses ravages, et chasse, comme en se jouant, les dents les unes après les autres hors de leurs alvéoles ; aussi ne faut-il voir dans la citation que nous venons de faire que l'expression d'un profond découragement.

En effet, les uns avaient conseillé les extractions dentaires, comme unique moyen à opposer à l'affection.

D'autres, entrevoyant un rapport existant entre l'état local et l'état général, avaient cherché dans les dérivatifs un élément de défense. Enfin, Marchal de Calvi, dans sa communication à l'Académie des sciences, émit l'idée qu'il fallait chercher un agent chimique suffisamment énergique pour cautériser l'alvéole, arrêter l'ébranlement progressif des dents en les raffermissant dans leurs attaches. Depuis, différents caustiques ont été proposés, des méthodes chirurgicales ont été préconisées c'est dire si l'affection a préoccupé les thérapeutes.

Aussi, dans ce modeste travail qui marque la fin de nos études médicales, n'avons nous pas la prétention de présenter un traitement capable de juguler la maladie, mais bien d'indiquer simplement celui qui nous a paru donner les résultats les plus encourageants.

Comme il nous paraît utile d'étudier quelque peu en quoi consiste la pyorrhée alvéolaire, nous en examinerons tout d'abord : l'étiologie, la symptomatologie. Viendront ensuite quelques mots sur l'anatomie pathologique et nous aborderons enfin la question du traitement.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

On observe parfois chez certains sujets un ébranlement progressif et continu d'une ou plusieurs dents. Cet ébranlement est accompagné d'une suppuration des alvéoles ; à cela se joignent des phénomènes inflammatoires de la gencive, fongosités, abcès, etc., et certains autres phénomènes particuliers sans que pour cela les dents présentent nécessairement une altération apparente de leur substance.

Si on laisse la maladie évoluer sans chercher à intervenir, on assiste à la chute des dents qui en est la phase ultime. Cette bizarre affection n'est pas passée inaperçue, bien que l'ait prétendu Marchal de Calvi, elle a été au contraire signalée par la plupart des auteurs, et celui qui en décrivit le premier les symptômes fût Fauchard, en 1720. Son nom lui a du reste été donné, et parmi les nombreuses appellations de la maladie nous trouvons celle de : *maladie de Fauchard*. Cet auteur l'a considérée comme une forme du scorbut, et nous verrons par la suite quel était le traitement qu'il se proposait de lui opposer. En 1778, c'est le nom de Jourdain que nous rencontrons, il l'a décrite sous le nom de « *suppuration*

conjointe des alvéoles et des gencives ». Nous trouvons ensuite l'affection mentionnée par Oudet, dans le Dictionnaire en 30 volumes (1835). En 1849, Toirac, dans le Dictionnaire de médecine du docteur Beauclerc, l'a décrite sous le nom de « *pyorrhée inter-alvéolo-dentaire* ». Il s'efforçait de mettre en relief un des principaux symptômes de l'affection, qui est l'écoulement incessant de pus entre l'alvéole et la gencive.

En 1860, Carrière s'efforça d'en indiquer les rapports géographiques avec la scrofule et l'hémiatrogénésie. Il insiste particulièrement là-dessus, et cite des malades observés par lui qui, atteints d'oxyures, n'étaient pas indemnes de pyorrhée alvéolaire. Du jour où les oxyures avaient complètement disparu, l'affection serait allée en rétrocedant. Si nous poursuivons plus loin nos investigations, nous trouvons en 1861 le nom de Marchal de Calvi avec sa communication à l'Académie des sciences. En 1862, Tessier l'étudie dans ses rapports avec les états diathésiques (*Gazette médicale de Lyon*) et nous arrivons alors en 1867, où nous rencontrons le nom de Magitot, qui l'a décrite sous le nom « *d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire* » et qui en laisse un article magistral dans le dictionnaire de Dechambre.

Si nous citons encore Pietkiewicz, en 1876, dans sa thèse inaugurale; Aguilhon de Sarran, dans son mémoire de 1880; Richer, dans sa thèse en 1890, nous avons passé en revue les noms les plus importants parmi ceux qui ont étudié l'affection qui nous occupe.

En quoi consiste donc la pyorrhée-alvéolaire? Quelle en est l'étiologie et quels en sont les symptômes?

Cette affection qui frappe toujours simultanément plusieurs dents, qu'elles soient contiguës ou non, est caractérisée par une douleur plus ou moins vive à la pression, une mobilité anormale des dents atteintes. A ces symptômes s'ajoutent encore eux signes pathognomoniques : le décollement gingival et la suppuration au niveau du bord alvéolaire.

Ce décollement gingival est généralement assez étendu. A une période plus avancée de l'affection, on voit la dent, privée de ses attaches, se balancer dans l'alvéole ; des douleurs très vives naissent à l'occasion d'un heurt involontaire ou du choc de la dent atteinte sur une de ses congénères saine. Si nous ajoutons à cela la difficulté de la mastication, la fétidité de l'haleine, les inflammations gingivales et buccales qui peuvent en résulter ; on comprendra que cette maladie soit une véritable infirmité pour ceux qui en sont atteints.

Jourdain, dans les *Maladies de la bouche* (t. II, p. 396), en a laissé un certain nombre d'observations. Il admettait que l'affection a pour siège principal et simultané le tissu gingival et l'alvéole proprement dite, et, de même que son prédécesseur Fauchard, il l'envisageait comme étant de nature scorbutique.

Il faut cependant remonter jusqu'à Marchal de Calvi, pour pouvoir signaler les véritables diathèses dans lesquelles se rencontrent la pyorrhée alvéolaire.

Voici comment cet auteur s'exprime : « De toutes les affections de la bouche liées au diabète, la plus fréquente est ce ramollissement des gencives qui fait tomber les dents les plus saines ». Et plus loin : « Les causes en

sont avant tout et par dessus tout, l'hérédité, le froid et surtout le froid humide, la présence de tartre au-dessous et autour des gencives, la grossesse, l'allaitement, l'intoxication gastrique hyperhémique résultant des excès habituels et des écarts de régime ».

La plupart des causes qu'invoque Marchal de Calvi, sont également citées par les auteurs qui se sont occupés de la question. Si nous en croyons Lecorché, dans son traité du diabète, il faut surtout incriminer cette dernière maladie. La gingivite expulsive se montrerait surtout à une époque avancée de la maladie : elle serait due à l'action de l'acide lactique résultant de la décomposition du sucre dans l'organisme. Toute cette théorie se retrouve dans les articles de Magitot. Il incrimine aussi le diabète, mais, à côté de lui, il range d'autres états généraux tels que la goutte, l'arthritisme, l'albuminurie. Voilà donc les rapports existant entre l'état général et l'affection locale nettement indiqués, rapports qui ne sont point sans importance, car ils entreront en ligne de compte à la question du traitement : à côté de la thérapeutique locale, il y aura le traitement diathésique à instituer.

Ainsi donc pour Magitot, ce sont les affections d'ordre général, telles que la goutte, le diabète, etc., qu'il faut accuser : « C'est, dit-il, une manifestation d'un état général ou diathèse. On l'observe chez les diabétiques albuminuriques et les gouteux, l'âge d'élection est de 40 à 50 ans ».

Cette opinion de Magitot avait été également soutenue par son élève David, elle a été reprise plus tard par Galippe.

Aguillon de Sarran, Guyot et bien d'autres, ont remarqué également l'influence indéniable du rhumatisme, de la goutte, du diabète et de l'albuminurie. On rencontre presque toujours la diathèse arthritique comme terrain prédisposant; la goutte peut entrer également en ligne de compte. Si le patient n'est pas un gouteux, c'est un migraineux, un rhumatisant, un asthmatique, un herpétique, un hémorroïdaire; bref un sujet entrant dans cette vaste famille des arthritiques.

Chez les arthritiques à manifestations cutanées, eczéma, herpès, etc., on rencontre les formes les plus rebelles de l'affection.

Pierce, de Philadelphie, a même décrit chez les gouteux une forme spéciale de pyorrhée à laquelle il a donné le nom de péri-cémentite calcique, qui se manifeste par des dépôts uratiques autour du sommet des racines des gouteux, sans qu'il y ait communication par l'espace inter-alvéolo-dentaire entre le sommet de la dent et la cavité buccale.

Magitot et d'autres encore, ont décrit chez les diabétiques des lésions gingivo-alvéolaires très marquées : la gencive est boursouflée et œdématisée, fongueuse, formant un bourrelet rouge écarlate autour du collet des dents. La suppuration alvéolaire est abondante et pas du tout en rapport avec la minime quantité de tartre que l'on trouve dans l'espace inter-alvéolo-dentaire. A côté de cela il faut invoquer des prédispositions purement locales.

Au point de vue du retentissement de la maladie sur

les dents, il est quelque chose de remarquable à noter : c'est que les sujets atteints de pyorrhée-alvéolaire sont généralement indemnes de carie. Si l'on vient à examiner les dents de ces malades, on remarque qu'elles sont très richement minéralisées, que le tissu en est très dense ; une chose encore plus remarquable, c'est la marche inverse de la carie dentaire et de l'affection qui nous occupe. Cette dernière vient-elle à se développer chez un sujet dont les dents sont atteintes de carie, on voit cette dernière s'arrêter dans son évolution ; les caries de nouvelle formation s'arrêtent également, et celles déjà existantes tendent à se transformer en carie sèche. Un autre élément qui joue un rôle très considérable est le tartre. Barronnet l'a très bien mis en lumière dans sa thèse (1876) : il montre comment le dépôt de tartre s'insinue sous la gencive, rompt ses attaches au ciment en même temps qu'il retient dans sa gangue les parasites qui sont les agents de l'infection. Nous reviendrons sur le tartre un peu plus loin.

Jusqu'en 1867, la périodontite expulsive avait été considérée comme une affection localisée aux gencives : ce fut à cette époque que Magitot publia son admirable étude sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, nom qu'il a donné à la maladie qui nous occupe.

Il montra que cette affection est caractérisée par une destruction lente et progressive du périoste et du ciment qui lui est sous-jacent, destruction de nature inflammatoire, à marche chronique, procédant constamment du collet au sommet de la racine et entraînant fatalement la chute des dents.

En 1875, Riggs en faisait une nécrose alvéolaire, et à la même époque, en Amérique, nous voyons la première apparition de la théorie infectieuse : J. Taft, dans le *Cosmos*, suspecte la présence de micro-organismes. Poursuivant nos recherches sur les prédispositions locales, nous en trouvons encore quelques-unes à citer. Galippe avait invoqué le manque d'épaisseur du rebord alvéolaire. On avait invoqué également le défaut d'articulation ou d'engrenage normal des dents, par suite de l'extraction d'une ou plusieurs dents, ou par suite encore de malposition dentaire, les dents ne se rencontrant pas normalement.

L'excès de minéralisation des dents trop riches en sels calcaires, comme celles des goutteux par exemple a été accusé. Citons également l'abus du cure-dents mal employé qui finit par détacher la gencive de ses attaches alvéolo-dentaires, et ouvre ainsi la porte à l'infection.

Dans ces derniers temps, M. Moty a repris l'hypothèse émise précédemment par Miller, qui indique que le point de départ de la pyorrhée est une lésion pulpaire ; que cette maladie ne s'observe pas sur les dents à pulpe détruite et qu'elle se guérit par la destruction de cette dernière : des tentatives de ce genre ont été faites sans grand résultat.

La malpropreté de la bouche et des dents, la mauvaise hygiène buccale, qui favorise la stagnation de parcelles alimentaires dans les espaces interdentaires et par suite l'infection gingivale, est aussi une cause de pyorrhée alvéolaire.

On a incriminé la mastication insuffisante.

Les maladies infectieuses en général, et en particulier celles à forme gastro-intestinale, fièvre typhoïde, grippe, ont une action prédisposante marquée surtout chez les jeunes sujets. La grippe a une prédilection remarquable sur la bouche sous forme de gingivite ulcéreuse ou encore de périostite alvéolo-dentaire, très rebelle au traitement. Les maladies de l'appareil circulatoire ont été accusées par Aguilhon de Sarrau ; les alcooliques, les morphinomanes, présentent des formes graves de cette maladie, sans amélioration manifeste, tant que subsiste l'intoxication. Pendant les époques menstruelles il y a fréquemment du côté des gencives des poussées congestives ; mais cela n'a lieu que si l'on constate la présence de tartre autour du collet des dents, ou une suppuration alvéolaire chronique, si minime qu'elle soit. Dans ce cas, des poussées congestives répétées peuvent donner naissance à la pyorrhée alvéolaire. Pendant la grossesse, les poussées aiguës, si elles ont lieu, se présentent surtout à une période correspondante aux règles absentes. Nous avons du reste observé une femme qui, à l'occasion de deux grossesses, eut à chacune d'elles des poussées congestives s'accompagnant de carie dentaire. D'ailleurs cela est fréquent et tout le monde connaît le dicton populaire : « chaque enfant coûte une dent à sa mère ».

Citons encore les appareils prothétiques mal ajustés. Dans de très rares cas, il peut y avoir des troubles trophiques, et l'on sait qu'une théorie avait voulu assimiler la gingivite expulsive au mal perforant plan-

taire et avait proposé de l'appeler *mal perforant buccal*.

Une prédisposition qui avait été invoquée est la compression locale du périoste alvéolo-dentaire produite par l'éruption et le développement des dents et surtout la dent de sagesse sur une mâchoire relativement petite. Cette théorie a trouvé un ardent défenseur en Desprès (*Chirurgie journalière*) ; et sur cette théorie il édifiait tout un système de traitement qui en découlait, ainsi que nous le verrons plus loin.

Une chose indéniable est l'influence du diabète, et de l'arthritisme admise par tous les auteurs. Ce qui est remarquable, c'est la marche parallèle des deux maladies, l'affection gingivale augmentant ou rétrocedant suivant que le taux du sucre augmente ou diminue dans l'urine.

En 1881, Witzel fait de l'affection une alvéolite infectieuse ayant pour origine les microbes pathogènes, hôtes habituels de la cavité buccale. En 1884, Malassez et Galippe, après une série de très intéressantes recherches, concluent que « cette affection est locale, infectieuse, parasitaire. Toute cause capable de détacher la gencive du collet de la dent — la plus fréquente étant le tartre salivaire — permet au micro-organisme de pénétrer entre le ciment et la paroi alvéolaire. Ces micro-organismes provoquent soit par action directe, soit à la suite de l'inflammation déterminée, la destruction du ligament alvéolo-dentaire et du ciment auquel s'attache ce ligament : ils pénètrent dans les canalicules et finissent par envahir la pulpe qui se mortifie ».

Galippe, continuant ses recherches, avait rencontré plusieurs variétés microbiennes : le streptocoque, le staphylococcus aureus presque toujours, l'albus quelquefois ; un microbe, et enfin deux bacilles qu'il a même suspectés être la cause de la maladie, mais qu'il n'a pu reproduire expérimentalement.

D'autre part, Miller de Berlin, qui a fait des recherches, a décrit deux micro-organismes : le micrococcus gingivæ pyogenes, et le bacterium gengivæ pyogenes.

En 1892, Carrière cite de nombreuses observations de tabétiques, et il en conclut que la résorption alvéolaire ne reconnaît d'autre cause qu'une altération du trijumeau.

En 1893, nous voyons paraître aux Etats-Unis, la théorie de Pierce, de Philadelphie, qui considère « trois conditions anormales distinctes, des gencives, du péri-cément ou membrane alvéolo-dentaire, et de l'alvéole ».

La première est une inflammation et une destruction de ces parties par un irritant mécanique : le tartre.

La deuxième est une inflammation des rebords gingivaux sans présence de tartre.

La troisième, est « une irritation de la membrane alvéolo-cémentaire, commençant près ou au sommet de l'extrémité de la racine, dû à la présence de quelques produits morbides du sang, exsudés avec le plasma et infiltrant la membrane alvéolo-cémentaire ; fréquemment déposés sur la racine de la dent près l'apex.

Cette dernière variété, je la désigne comme la vraie pyorrhée alvéolaire et elle est si intimement liée à d'autres

manifestations de la diathèse goutteuse que je la crois être une autre manifestation locale de cette diathèse ».

Cette opinion est soutenue en Amérique par Darby, Perry, Andrekos.

Il existe une variété de gingivite expulsive décrite par Fox, en Angleterre, sous le nom de « Absorption ou destruction du rebord alvéolaire », à laquelle, chez nous, dans ces dernières années, M. Cruet a donné le nom de forme sèche de péri-odontite. Elle est caractérisée par une destruction lente et graduelle du rebord alvéolaire sans suppuration aucune, ou si peu prononcée qu'elle peut passer inaperçue. Fox et les Américains ont invoqué la grande densité des dents, qui avait été incriminée par Harris en Amérique et Dubois en France.

Quant à la question de la contagion d'une personne à une autre, il est absolument impossible de la prouver : la contagion d'une dent affectée à une voisine saine est plus probable.

La conclusion à tirer est que la pyorrhée alvéolo-dentaire est une affection surtout poly-microbienne qui se développe chez des sujets arrivés à l'âge moyen de la vie. On la voit surtout chez des arthritiques invétérés ou latents.

Habituellement, elle fait son apparition chez les diabétiques et l'affection s'accompagne généralement des troubles locaux ; de l'augmentation de la densité des dents, et d'une salivation très alcaline.

Les dépôts de tartre qui s'insinuent autour des dents et sous la gencive favorisent les conditions de l'infection

en maintenant les microbes qui pullulent dans la bouche au niveau de la sertissure gingivale. Si l'on ajoute à cela la malpropreté des sujets qui négligent l'hygiène et l'antisepsie buccale, et l'irritation gingivale qui constitue un obstacle très sérieux au nettoyage de la bouche; on aura eu sous les yeux le tableau des causes principales de l'affection qui nous occupe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sous l'influence des causes et conditions générales que nous venons d'étudier, on voit d'importantes modifications se produire: c'est tout d'abord un léger déchaussement de la dent; la gencive, mise à nu de la partie de la racine la plus rapprochée du collet, subit un retrait sans modification apparente de vascularisation de couleur ou de volume. Laissons les choses en l'état, et examinons le sujet lorsque la maladie est définitivement constituée: on trouve alors que l'articulation a subi de sérieux désordres, désordres fort bien décrits par Magitot.

D'après lui, en effet, le début se ferait sur le périoste dentaire dans le voisinage du collet qui serait le point de début de la maladie, sous forme d'une injection légère, puis on assiste à des désordres plus graves. Le périoste se décolle et, à ce moment, la couche sous-jacente du ciment ainsi découverte est atteinte d'ostéite et finalement de nécrose consécutive.

Les parties du périoste et du ciment primitivement atteintes se résorbent à leur tour et l'ivoire reste alors à découvert. A ce moment, la gencive et les rebords alvéolaires subissent à leur tour de graves désordres;

l'infection s'étendant, il survient de ce côté des altérations de voisinage, des fongosités qui saignent avec la plus grande facilité remplissent l'alvéolè; et par leur suintement entretiennent la suppuration et favorisent la formation des clapiers. Ce sont également des ulcérations qui surviennent, et enfin, à la période ultime de la maladie; les lambeaux du périoste offrent souvent des végétations fongueuses qui plus ou moins nombreuses remplissent l'alvéole et fournissent la quantité de pus qui s'en écoule. Sous certaines influences ces végétations subissent des congestions passagères qui favorisent l'augmentation de leur volume pour revenir ensuite à leur état habituel, c'est ce qui donne lieu au phénomène de l'allongement des dents. En résumé, au début état congestif, épaissement et fonte consécutive du périoste, le ciment se nécrose et s'élimine en sorte qu'au moment où la dent tombe, elle est complètement privée de ces deux tissus.

ÉVOLUTION ET SYMPTOMATOLOGIE

C'est une gingivite tartrique qui marque le début de la maladie : le tartre se développe au collet des dents à son point de jonction avec la gencive, il se fait un dépôt successif entre le tartre déjà déposé au collet et la gencive sous-jacente, chassant insidieusement devant lui le tissu gingival. Bientôt il pénètre à une profondeur telle que la gencive forme à la partie antérieure une petite languette détachée. La suppuration existe déjà, mais elle est peu abondante : elle est le résultat d'un combat phagocytaire très énergique, les phagocytes combattant pour l'intégrité du territoire gingival ; car l'examen histologique de ses cellules les montre remplies de microbes qu'elles ont anéantis. A cette période la maladie n'est pas encore constituée et, si le tartre est soigneusement enlevé, elle peut être enrayée dans son développement. Si par contre on n'enlève pas ce tartre ou si on néglige de l'enlever en totalité, surtout celui qui se développe sur les faces latérales des racines, dans les espaces interdentaires, le dépôt tartrique après avoir détaché toute la gencive, viendra presser sur le périoste de la crête alvéolo-dentaire, il y aura disparition de cette

membrane, le tissu osseux alvéolaire sera exposé à l'infection; les microbes pathogènes de la suppuration y vont évoluer en toute sécurité: la maladie est constituée.

Lorsque la dent tombe, il n'y a plus trace d'alvéole, le ligament dentaire, l'alvéole, son périoste externe, ont été détruits par le même processus pathologique. Que voyons-nous cliniquement pendant l'évolution de la maladie? Tant que la lésion n'a pas envahi, l'alvéole les signes physiques sont ceux d'une gingivite simple, il existe un petit bourrelet rouge plus ou moins saillant qui entoure le collet de la dent, la lésion existante est une gingivite; mais aussitôt que la masse calcaire, en pénétrant plus profondément, a détruit le périoste qui recouvre la crête alvéolaire, et ouvert ainsi le tissu osseux à l'infection, nous voyons à ce moment paraître sur la gencive qui recouvre la paroi antérieure de l'alvéole une bandelette rouge hyperhémique qui indique que là se passe quelque chose d'anormal, bandelette qui a une direction de haut en bas ou de bas en haut parallèle à la direction de la racine dentaire.

Au point de vue symptomatologique la période de début de l'affection est surtout caractérisée par une gingivite avec ou sans suppuration. La gencive autour d'une ou plusieurs dents présente un liseré rouge, du tartre solide ou semi-solide existe, en plus ou moins grande abondance dans l'espace inter-gingivo-dentaire, les gencives saignent facilement, sont douloureuses à la brosse; le patient nettoie-t-il imparfaitement le collet de ses dents, néglige-t-il l'hygiène de sa bouche? il se fait une

infection facile du tissu périodentaire. Si le tartre n'est pas enlevé, nous assistons alors à la période d'état. L'alvéole est ouvert à l'infection, une bandelette rougeâtre parallèle à la direction de la racine atteinte, fait son apparition sur la gencive, indiquant que le tissu osseux alvéolaire est infecté. La paroi alvéolaire est sensible à la pression, les dents sont agacées et le malade éprouve le besoin de serrer fortement les mâchoires l'une contre l'autre. Il passe des cure-dents, des épingles dans le but de déloger un corps étranger imaginaire qu'il croit exister entre deux dents. Cet agacement peut être remplacé par une sensation de chatouillement et le malade frotte énergiquement sa gencive; les dents commencent à être mobiles. Ajoutons à cela un goût désagréable, fade, sucré parfois, dans la bouche. La sécrétion salivaire est exagérée, le malade présente un mouchoir qu'il a dû placer la nuit devant sa bouche. Ce mouchoir porte des traces jaunâtres dues à l'adjonction d'un peu de sang au liquide salivaire. Le malade croit même, dans certains cas, le goût de la suppuration étant très désagréable, qu'il a rejeté du pus, et il veut vous convaincre qu'il en est ainsi. Les dents s'ébranlent alors de plus en plus, l'alvéole disparaît, et la dent ne tient plus que par le tissu gingival qui l'entoure, la suppuration continue et enfin la dent tombe. La maladie évolue plus ou moins rapidement suivant l'âge du sujet, rare avant 35 ans, elle est très fréquente jusqu'à 50.

Ainsi donc ce qui caractérise essentiellement l'affection, c'est le décollement gingival, la suppuration qui se produit au niveau du bord alvéolaire, la fétidité de l'ha-

leine. Souvent il se produit des poussées aiguës, ce sont alors des abcès gingivaux plus ou moins étendus, le pus fuse de tous côtés; maintes fois aussi on voit éclater de fréquents accès de pulpite.

Lorsque la dent est tombée, la gencive revient sur elle-même et se cicatrise rapidement. Il existe également une forme sèche, dans ce cas on assiste à une résorption progressive de l'alvéole, la gencive se rétracte dans une certaine étendue, amène un déchaussement des dents qui devient de plus en plus prononcé, et finit par provoquer leur expulsion de l'alvéole. C'est dire si le pronostic de l'affection est grave.

Au reste le malade n'est même pas à l'abri des complications qui peuvent se produire. Il est sous le coup d'accidents osseux les plus graves du côté des maxillaires, du sinus, etc.

Mentionnons encore les abcès alvéolaires d'origine externe, c'est-à-dire dus à une périostite alvéolo-dentaire, provoquée par la rétention du pus qui s'écoulait dans la cavité buccale par l'espace inter-gingivo-dentaire; écoulement qui se trouvait subitement arrêté par obstruction de la communication existant entre le foyer de suppuration et la cavité buccale, et amenait ainsi une poussée aiguë dans les tissus environnants. Dans ce cas la pulpe dentaire n'est pas détruite, comme on vérifie soi-même expérimentalement lorsque, croyant avoir devant soi une dent morte, on veut faire la trépanation de sa cavité pulpaire et l'on tombe sur une pulpe vivante. Cette complication est surtout fréquente aux incisives inférieures, ce qui ne veut pas dire qu'on ne la rencontre pas à d'autres dents.

Lorsqu'il y a rétention du pus, dans une ou plusieurs alvéoles, on peut rencontrer des adénites sous-maxillaires. La poussée inflammatoire peut être assez violente dans certains cas pour amener une nécrose localisée à la paroi alvéolaire. Citons encore des névralgies qui peuvent se produire dans la sphère du trijumeau.

Les malades atteints de pyorrhée alvéolaire sont sujets à des troubles digestifs, mouvements fébriles, perte d'appétit, embarras gastriques, troubles nerveux, insomnies, tendance mélancolique; troubles qui finissent par disparaître sous l'influence d'un traitement approprié.

Nous abordons maintenant la question si importante du traitement; nous avons montré en quoi consistait l'affection, il nous reste à exposer maintenant le mode de traitement qu'il faut lui opposer.

TRAITEMENT

En 1860, Marchal de Calvi, dans sa communication à l'académie « sur une affection non décrite des gencives », s'exprimait ainsi : « Il existe une maladie des gencives, « maladie très commune, et qui pourtant n'est pas « décrite. Ce n'est pas une maladie dangereuse, mais « par les souffrances presque constantes auxquelles « elle donne lieu, surtout au moment des repas, par la « mauvaise odeur de l'haleine qui en résulte presque « toujours, par la perte des dents qui le plus souvent « restent intactes, par la difficulté de la mastication et « la douleur qui l'accompagne ; cette infirmité est un « grand sujet de chagrin pour tous ceux qui en sont « affectés ».

Il faut reconnaître que Marchal de Calvi va trop loin : Ambroise Paré avait déjà fort bien observé l'affection : « Les dents branlent par la relaxation des gencives, « qui se fait de cause primitive, comme chute ou coup « et aussi par fluxion qui descend du cerveau, ou par « certaines vapeurs élevées de l'estomac et quelquefois « encore par faute de nourrissement, ce qu'on voit aux

« vieilles gens ; pareillement encore par certaine humeur
« âcre qui tombe aux gencives ».

Lieutaud, dans son « Traité de médecine pratique »,
décrivait l'engorgement phlegmoneux des gencives, et
en indiquait le traitement en ces termes : « on nettoie les
« dents avec le pain brûlé, en les lavant ensuite avec le
« vin ; on les raffermir dans leurs alvéoles avec la décoc-
« tion du lentisque, avec la gomme laque ou le cachou
« dissous dans le vin. »

Il faut remonter jusqu'à Fauchard et Jourdain, c'est-à-dire en 1720, pour trouver l'esquisse d'un traitement. Ces auteurs regardaient l'affection comme incurable et la perte des dents comme fatale. Le traitement qu'ils proposaient était l'extraction pure et simple comme le seul moyen de guérison.

Bourdet et Toirac sont les premiers qui préconisent le traitement chirurgical, traitement qui a été du reste repris de nos jours, ainsi que nous le verrons plus loin, par M. Cruet.

Bourdet et Toirac conseillaient l'excision de la gencive. Ils pratiquaient une incision en V, à sommet dirigé vers l'extrémité de la racine et circonscrivaient un lambeau triangulaire à base répondant au collet de la dent. Le lambeau détaché, ils passaient un petit cautère sphérique sur toute la surface de la racine ainsi dénudée. De l'avis même de ses auteurs, cette méthode ne leur avait pas donné tous les résultats espérés. Elle présentait en outre de graves inconvénients.

Elle privait la gencive d'un lambeau assez étendu, car les tissus infectés n'étaient plus aptes à subir le travail

réparateur. De plus, le cautère qu'ils promenaient sur la racine mise à découvert, pouvait à un moment donné être la cause de violents accès de pulpite et en amener la mortification. Ajoutons à cela que, ainsi que nous l'avons dit, la gencive ne subissant aucune modification réparatrice, la dent ne pouvait plus espérer son point d'appui de ce côté et par cela même sa consolidation. Enfin, un autre inconvénient du procédé était son manque d'esthétique.

En 1838, paraît la thèse de Joullot : « Suppuration simultanée des gencives et des alvéoles », et voici le traitement qu'indique l'auteur : « Je vais seulement en indiquer les bases. Il faut agir au début de l'affection et ne pas attendre la période de suppuration. Le traitement consiste en des applications de sangsues sur les gencives et autour des mâchoires ; en des lotions et des gargarismes émollients. A la période aiguë, on fait mâcher avec succès des figues dans du lait qui agissent comme cataplasme. On révulse avec avantage sur le tube digestif au moyen de purgatifs légers. Il faut s'abstenir en pareil cas de vomitifs ; on révulse aussi sur les extrémités inférieures au moyen de pédiluves sinapisés. Si malgré ces moyens la maladie progresse, on en vient aux lotions avec le quinquina, aux lotions acides même ; en ayant la précaution de garantir les dents du contact de ces acides. Des révulsifs, des exutoires peuvent être placés avec succès dans le voisinage de l'affection.

« Une condition essentielle pour la guérison, c'est de recommander aux malades de se tenir les pieds chauds.

« Du reste ce traitement doit varier suivant la nature
« de la cause que l'on soupçonne avoir produit la ma-
« ladie.

« S'il existe une fistule dentaire, il faut agrandir
« l'ouverture de l'alvéole afin que le pus trouve un écou-
« lement facile ; on peut même faire dans cette fistule
« des injections irritantes dans le but de changer le mode
« de vitalité de son trajet et d'en favoriser la guéri-
« son ».

Oudet, dans le Dictionnaire en trente volumes, t. x, est d'avis que la membrane externe des racines paraît être le siège d'une affection qui est très funeste aux dents. Cette maladie, que les auteurs ont souvent confondue avec des altérations scorbutiques, sur laquelle Fauchard avait appelé le premier l'attention, est, pour lui, d'ordre général ; liée à la constitution des sujets et surtout aux changements qui surviennent dans les diverses fonctions de l'existence. Quant au suintement qui l'accompagne, il peut être considéré comme une sécrétion salutaire destinée à prévenir des affections plus graves.

Telle n'était pas l'opinion de Boudet. Lui, considérait cette affection comme purement locale ; il l'attribuait à des ulcères développés à la face interne des gencives et il proposait des cautérisations au fer rouge entre la gencive et la racine jusqu'au fond du vide résultant de la destruction de la lame alvéolaire en ayant soin de brûler à plusieurs reprises toutes les parties de cette face interne des gencives.

Quant à Oudet, il pense qu'au début on peut espérer la guérison, surtout si le sujet jouit d'une bonne santé.

La suppuration est-elle abondante, existe-t-elle depuis longtemps déjà, il sera prudent d'ouvrir un exutoire et d'instituer des purgatifs à intervalles plus ou moins rapprochés? Quant au traitement général employé sous n'importe quelle forme, il avoue n'en avoir jamais retiré aucun bénéfice.

Boyaux, dans sa thèse inaugurale, parue en 1853, s'occupe lui aussi de la pyorrhée alvéolaire. Il l'a décrite sous le nom de « gonflement chronique et fongueux des gencives », et divise son traitement en deux parties, le traitement général et le traitement local.

Dans le premier, il faut combattre par tous les moyens appropriés la constipation après avoir préalablement reconnu si elle est constitutionnelle ou symptomatique ; et agir sur les téguments externes par les bains et les frictions répétées. Ce qu'il importe, c'est de maintenir le cours des matières fécales et se présenter à la selle tous les jours à la même heure ; proscrire les lavements tièdes qui ne servent qu'à affaiblir la force tonique de la couche musculieuse de l'intestin et donner quand cela est nécessaire la préférence aux lavements froids. Quant au point de vue local, il attribue une grande importance au tartre qu'il appelle limon.

« Il faut agir, dit-il, sur les dents et les gencives. Sur les dents, en enlevant avec soin tous les limons qui les recouvrent avec des instruments appropriés, extraire les dents profondément cariées, plomber celles qui ne le sont que superficiellement et en séparant à l'aide de la lime celles qui sont trop serrées. Sur les gencives, en les débarrassant de tout corps étranger, en leur faisant

rejeter le sang qui les gonfle, les ramollissant, et les raffermissant ensuite à l'aide des substances astringentes appropriées : employer des moyens hygiéniques, éviter le contact des acides avec les dents, combattre la tendance que peut prendre la salive de passer trop brusquement de l'état alcalin à l'état acide ; humecter la bouche avec une eau chargée de principes alcalins, eau de Vichy par exemple, éviter le passage brusque du froid au chaud ».

Comme on le voit, Boyaux est le premier qui entrevoit dans la présence du tartre une des causes favorisant l'infection buccale.

Si l'on en croit Velpeau et Beauchet (*Union médicale*, 1853), la maladie serait une forme particulière d'ulcération des gencives et demanderait des applications répétées d'alun et des cautérisations de nitrate d'argent. « Cette affection, disent-ils, est une sorte de diphthérie, de phlegmasie couenneuse, à laquelle succèdent des petites ulcérations qui ne cèdent qu'à l'emploi répété des styptiques énergiques ou aux cautérisations ». Relativement à son siège, ce petit ulcère peut débiter, comme l'a fait remarquer Velpeau, par des points divers à la face externe des gencives ; à son bord libre ou par ses deux points à la fois : « dans ces cas, la poudre d'alun appliquée sur la surface ulcéreuse tous les deux jours, trois à quatre fois de suite, réussit assez bien. Mais quand l'ulcération débute par le bord libre des gencives et qu'elle gagne la face profonde, la douleur est plus vive, la dent est comme déchaussée et la souffrance à la pression est parfois très aiguë. Dans ce cas l'on emploie avec succès le crayon de nitrate d'ar-

gent taillé en pointe assez déliée qu'on insinue dans la petite excavation et avec laquelle on en cautérise toute l'étendue. Ce traitement débarrasse les malades en huit ou dix jours ».

Ce traitement lui non plus n'est pas exempt de graves inconvénients. l'alun occasionne des altérations considérables de l'émail ainsi qu'il ressort des expériences de Magitot ; quant au nitrate d'argent il laisse des traces noirâtres de son passage presque indélébiles. Si nous poursuivons plus loin nos investigations, nous trouvons le nom de Marchal de Calvi dont nous avons parlé à plusieurs reprises au cours de ce travail. Après avoir étudié (*Gazette des hôpitaux*, 1860) « une affection spéciale des gencives » qu'il propose d'appeler « *gingivite expulsive* », il préconise, lui aussi, son moyen de traitement. « Je crois avoir trouvé, dit-il, le remède spécifique de cette désolante affection, c'est l'iode employé topiquement : je ne l'emploie pas sous forme de teinture à moins d'indication exceptionnelle, m'étant aperçu que l'alcool en resserrant les tissus fait obstacle à l'action modificatrice et même à la pénétration de l'iode, je me sers de la solution aqueuse à des degrés divers, en commençant par la solution de Lugol pour les bains iodés. J'arrive successivement à des solutions très concentrées ».

S'il faut en croire Magitot, dans l'article qu'il consacre à la gingivite expulsive dans le dictionnaire de Dechambre, le traitement indiqué par Marchal de Calvi, n'échapperait pas à la critique. « Nous avons essayé nous-même, dit-il, cet agent à plusieurs reprises et il ne nous a donné en aucun cas des résultats satisfaisants.

L'iode employé à une dose même supérieure à la teinture au douzième, c'est-à-dire en solution concentrée, ou à l'état solide, n'a produit qu'une irritation sans résultat favorable ».

Ce traitement, du reste, avait été déjà employé par Delestre (*Thèse inaugurale*, page 20, 1861). Carrière, dans l'*Union médicale*, après avoir étudié la gingivite expulsive dans ses rapports avec l'helminthogénésie et la scrofuleuse, est également partisan du traitement de Marchal de Calvi, ainsi que Tessier (*Gazette médicale de Lyon*, 1860).

Dans ces mêmes années, un médecin des hôpitaux, Vidal, (communication orale) avait indiqué les applications fréquentes de perchlorure de fer neutre. Magitot lui reproche de n'être point pourvu d'un degré de causticité suffisant et de noircir les dents au même titre que les autres préparations ferrugineuses solubles.

Nous arrivons enfin au nom de Magitot qui, après avoir décrit de main de maître les lésions et les symptômes de l'affection qui nous occupe, a essayé d'employer un caustique dont l'énergie lui paraissait supérieure à tous ceux essayés précédemment et s'est efforcé également d'assurer l'antisepsie buccale. Le caustique qu'il emploie est l'acide chromique.

Nous nous en voudrions si, au cours d'un travail où nous nous efforçons de chercher un traitement qui ait quelque influence sur une affection aussi rebelle, nous négligions de citer le traitement de Magitot, tel qu'il a été exposé par lui-même.

Ce traitement répondait à deux indications solidaires :

1° modifier l'état buccal; 2° traiter les états généraux qui paraissent dominer toujours dans une certaine mesure l'affection alvéolo-gingivale. « Afin d'amener une modification salubre et suffisante de l'état local, dit-il, étant démontré l'inefficacité complète ou l'impuissance des divers procédés jusqu'ici employés, nous avons songé à nous adresser à un agent caustique d'une grande énergie, en même temps que d'un maniement facile, et d'une innocuité relative assez grande soit pour la bouche elle-même soit pour l'économie en cas d'ingestion. Je veux parler de l'acide chromique. Cet agent appliqué depuis un certain temps dans la thérapeutique chirurgicale à titre de caustique sur certaines fongosités, végétations, n'avait pas été employé dans la bouche. Pour pratiquer la cautérisation de la cavité alvéolaire elle-même au moyen de l'acide chromique, nous procédons de la manière suivante : au moyen d'une baguette de bois taillée à plat et chargée d'une faible quantité d'eau de déliquescence, ou d'une parcelle solide, on promène doucement la substance à la partie antérieure du collet de la dent infectée en ayant soin de soulever légèrement la gencive, et après avoir pris la précaution d'enlever soigneusement les dépôts de tartre, s'il s'en est formé. On pourra commencer par une solution aqueuse ou alcoolique assez faible (à parties égales) pour arriver après plusieurs séances à l'acide chromique pur. » Là ne se borne pas le traitement de Magitot. En effet, nous lisons plus loin : « les applications d'acide chromique ainsi faites au collet et dans l'alvéole ne constituent pas notre seul traitement local. Nous y ajoutons constamment l'emploi de chlorate

de potasse à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes et sous forme de pastilles ainsi formulées pour faire 25 cent. de chlorate pour chaque pastille. Nous en faisons prendre au malade six à huit par jour et on obtient ainsi un effet double, 1° En recommandant de laisser fondre les pastilles en les maintenant au contact des parties infectées, 2° grâce à l'élimination salivaire ». Ajoutons que dans les cas congestifs il a recours aux anti-phlogistiques locaux, tels que sangsues, scarifications, etc. Ce traitement tel qu'il a été exposé par Magitot n'échappe pas non plus à la critique : l'acide chromique n'a pas l'innocuité qu'il veut bien lui attribuer, c'est en plus un décalcificateur énergique. Quant aux tissus dentaires, après avoir touché une dent avec l'acide chromique cinq à six fois, on a une zone dentaire entièrement ramollie, et le ramollissement est assez profond et assez grand pour que la dent s'écaille sur la rugine.

Si les tissus durs de la dent sont aussi sûrement atteints, on devine que les fongosités et les tissus pathologiques doivent être brûlés, détruits, et qu'à la suite de l'application du caustique il peut se former du tissu cicatriciel, favorisant une adhérence et une reprise temporaire des tissus. Malheureusement ce résultat n'est que passager et soit par la décalcification des tissus durs, soit que la marche de la maladie ne soit que peu entravée dans son évolution, le traitement par l'acide chromique ne donne qu'une certaine accalmie sans influence sur le processus pathologique.

A la même époque le traitement au chlorate de potasse a été préconisé. M. Henriette (*Gazette des hôpitaux*,

1860), dit avoir employé avec succès le chlorure de chaux, accompagné de l'administration du chlorate de potasse, à l'intérieur, dans le traitement de la gingivite ulcéreuse chez les enfants ; il faisait ces applications deux fois par jour.

M. Pons (*Union Médicale*, 1861), médecin de l'hôpital de Nérac, qui a observé un certain nombre de gingivites, donne à son tour en quelques mots le résultat de ses observations ; il résume ainsi le traitement : combattre les causes provocatrices, lorsque la maladie n'a pas envahi l'alvéole ; pratiquer sur la gencive des cautérisations de nitrate d'argent, faire rincer la bouche aux malades avec une cuillerée de rhum ou d'eau-de-vie. Si ces moyens ne suffisent pas et que l'inflammation gagne l'alvéole, il faut alors employer le tannin. Enfin quand l'infection est arrivée à son troisième stade, on prescrit l'iodure de potassium à l'intérieur, et si le mal n'est pas trop avancé, on voit les dents se raffermir de jour en jour.

En 1877, paraissent les articles de Després, dans la *Chirurgie journalière* ; l'auteur atteint du mal qui nous occupe, ne voyait ses douleurs se calmer que par l'administration du gargarisme composé de 1 % de laudanum. Pour lui, pas de traitement curatif mais seulement un traitement préventif. Pour comprendre cela, il faut reprendre ses idées relatives à l'étiologie de l'ostéo-périostite : c'est la disproportion entre le volume des dents et des maxillaires qui est en jeu.

En effet, les dents de la première dentition qui n'occupent jamais la totalité des mâchoires ne se déchaussent pas comme les dents de la deuxième ; les enfants ont

des ulcères des gencives qui ne sont pas la pyorrhée alvéolaire. Les dents de la deuxième dentition poussent aussitôt après leur éruption et ce sont les racines qui s'accroissent le plus comme l'os qui les supporte. La couronne est arrêtée dans son développement aussitôt qu'elle est entièrement sortie.

C'est généralement entre 18 et 23 ans que les dents de sagesse poussent, et cette éruption chez certains sujets est accompagnée de troubles plus ou moins grands, ainsi que de douleurs s'étendant aux deux mâchoires. Il est en effet remarquable que les accidents de la dent de sagesse ont lieu surtout à la mâchoire inférieure. C'est que la mâchoire inférieure forme un angle au lieu où pousse la dent de sagesse, et lorsque celle-ci n'a pas de place, ou bien elle comprime en avant toute la série des dents, ou en arrière alors la branche montante des maxillaires. Dans le premier cas il se produit la nécrose, l'usure ou la résorption des alvéoles, dans le deuxième, la nécrose plus ou moins étendue de l'angle de la mâchoire. A la mâchoire supérieure les dents sont moins serrées et l'éruption difficile de la dent de sagesse ne cause jamais de nécrose.

Ainsi, pour Desprès, la chute prématurée des dents peut être considérée comme un accident certain de l'éruption de la dent de sagesse chez des sujets qui ont toutes les autres dents saines, mais les mâchoires relativement petites. C'est alors qu'intervient le traitement dont nous parlions plus haut : faire de la place aux dents de sagesse. C'est quand la gingivite commence que l'avulsion est utile. Aussi Desprès conseille-t-il pendant l'éruption de la dent

de sagesse d'extraire une petite molaire de chaque côté.

Ce traitement qui est un traitement préventif est limité seulement au cas où l'on rencontre des dents trop serrées dans une arcade trop petite.

En 1880, c'est le nom d'Aguilhon de Sarran que nous rencontrons, dans l'article paru à cette époque dans la *Société de chirurgie*.

Pour lui la gingivite expulsive se montre à un âge assez avancé, principalement chez les diabétiques, arthritiques, albuminuriques, chez les femmes à l'époque de la ménopause, enfin chez tous les malades dont l'état général entraîne des troubles de la circulation caractérisés par une dilatation veineuse et une tendance aux exsudations séreuses. Il a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des patients chez lesquels il existait des véritables varices gingivales. Un autre malade qu'il a également observé n'avait aucune diathèse, mais à plusieurs reprises sa vie avait été mise en danger par des hémorrhagies intestinales très abondantes. Aussi pour cet auteur, le traitement répond à cette indication : débarrasser la masse fibreuse des liquides que la dissocient, exciter l'action vaso-motrice et favoriser la formation de nouveaux vaisseaux et tissus fibreux. Comme traitement, il est également partisan de l'emploi de l'acide chromique, mais sous certaines conditions : « L'acide chromique remplit jusqu'à un certain point, dit-il, ces indications. Il durcit et rétracte les tissus fibreux et agit sur la muqueuse comme révulsif puissant, aussi a-t-il donné dans les mains de Magitot d'assez bons résultats, mais il n'agit

que superficiellement et ne peut à lui seul détruire les clapiers purulents ; quant aux autres moyens, ils sont tombés en désuétude ». Le traitement qu'il préconise en même temps que les cautérisations à l'acide chromique est le suivant : Traverser les tissus fibreux à l'aide de sétons de soie floche que l'on laisse en place. Ces sétons produisent une sorte de drainage et favorisent en même temps la formation de tissus et éléments fibreux nouveaux. Mais la difficulté de l'acte opératoire et l'insuffisance du drainage, ont fait abandonner rapidement ce procédé.

A la même époque, en 1880, avait paru la thèse de Guébey ; ce dernier préconisait également comme agent chimique capable de cautériser les tissus l'acide chromique pur anhydre, il rejetait celui provenant de la décomposition du bichromate de potasse par l'acide sulfurique, à cause de la quantité énorme d'acide sulfurique qu'il contient, 30 0/0. Pour remédier à l'ébranlement des dents, il proposait autour d'elles un bandage en huit de chiffres faits avec le fil de boyau de ver à soie préalablement ramolli dans l'eau chaude. Il va sans dire qu'il indiquait également les soins hygiéniques destinés à faire l'antisepsie et assurer le bon état de la cavité buccale. En 1887, c'est le nom de Galippe que nous rencontrons dans le *Journal des connaissances médicales*. « La gingivite arthro-dentaire, dit-il, est infectieuse et contagieuse : elle s'accompagne de phénomènes généraux, courbature, inappétance, légère teinte subictérique, etc. qui disparaissent sous l'influence de lavages antiseptiques répétés. La gingivite observée très fréquemment chez

les personnes qui négligent complètement l'hygiène buccale, peut rester localisée dans la muqueuse gingivale sans se propager à l'alvéole ; mais vienne soit l'élément infectieux particulier, soit une cause prédisposante d'ordre général, elle évoluera avec une rapidité plus ou moins grande suivant l'état de santé plus ou moins satisfaisant. Voilà pourquoi elle est plus grave dans certains états généraux, l'ataxie par exemple. On l'attribue également à la syphilis, on a incriminé le diabète. L'antiseptie buccale est la meilleure prophylaxie des maladies de la gencive et des dents ».

Son traitement, c'est le traitement chirurgical, l'excision de la gencive, conseillée par Bourdet, puis Toirac, reprise par Galippe et Cruet.

« La meilleure méthode et la plus rapide, c'est l'excision combinée à la cautérisation énergique, c'est la méthode chirurgicale. Avec une paire de ciseaux droits dont l'une des branches est introduite entre la gencive et la dent, M. Cruet fait une section verticale de la gencive remontant jusqu'au fond du sillon de décollement. Avec des ciseaux courbes il sectionne les lambeaux latéraux le plus près possible de la limite de décollement : le gencivano cautère énergiquement promené sur les bords de la plaie, fait le reste. C'est en réalité une véritable opération chirurgicale et cela se fait tellement comme une opération chirurgicale, que lorsqu'il s'agit d'une, de deux ou trois dents, ce qui est assez fréquent, on peut tout faire le même jour et en quelques instants ».

(Cruet, cité par Paul Richer, *Thèse de Paris*, 1890).

Des gargarismes antiseptiques s'ajoutent à l'opération

chirurgicale ; c'est du reste pour M. Cruet le seul moyen de lutter avec avantage contre l'affection et de supprimer les clapiers purulents de l'alvéole.

S'il est impossible de faire l'antisepsie de l'alvéole sans détruire la partie externe, on reconnaîtra que ce moyen n'a que des applications limitées, car comment pourra-t-on arriver à exciser la gencive sur un certain nombre de dents malades et principalement sur les molaires ? et si, d'autre part, la cautérisation n'est pas faite énergiquement partout où pullulent les micro-organismes, comment pourra-t-on empêcher la réinfection de l'alvéole, comment pourra-t-on empêcher les dents saines d'être contaminées par leurs voisines ? Au reste, ce traitement ne saurait être accepté par beaucoup de patients ; son mérite est d'assurer seulement la facilité des lavages antiseptiques, lavages au sublimé tels que les conseillent MM. Cruet et Galippe. Le tartre se reproduit avec la plus grande facilité, la suppuration recommence, et si l'on veut continuer à lutter contre l'infection, on est obligé de le faire jusqu'à ce que la gencive ait totalement disparu.

En 1883, le docteur Ferrier, qui est cité dans la thèse de Richer, institue également un traitement peu différent de celui de M. Cruet. Au lieu d'employer le thermocautère, il fait son incision au galvanocautère et cautérise l'alvéole à l'aide de l'acide chromique.

Signalons encore le traitement de Riggs qui est un des premiers parmi les auteurs américains ayant parlé de la périodontite, et qui consiste à râcler la dent aussi profondément que possible et à faire la resection du bord

alvéolaire. Cette opération est très longue, très délicate et douloureuse également. De plus, il est à peu près impossible de l'exécuter complètement, c'est ce qui fait qu'elle est tombée aujourd'hui en désuétude.

Indiquons encore un genre de traitement de la pyorrhée alvéolaire : c'est la méthode qui a pour but l'extraction des dents atteintes.

Lorsque l'extraction est faite, on procède à leur nettoyage et à leur désinfection aussi rigoureuse que possible ; on les débarrasse du tartre qui les recouvre. Y a-t-il quelques points à l'apex ayant subi des altérations pathologiques incompatibles avec la consolidation complète, on les resèque, on extrait les nerfs, on obture les canaux, et les alvéoles étant approfondies, on remet les dents en place et on les maintient à l'aide de ligatures solides en fils de platine.

Nous voici donc arrivé au terme de cette longue énumération ; c'est dire si l'affection est tenace. Il nous reste donc à indiquer notre méthode de traitement, à dire en quoi il consiste et comment il agit.

Ce traitement est celui qui a été indiqué tout au long et préconisé par M. le Dr Hugenschmidt (de Paris).

Il répond à une triple indication ; il faut d'abord s'occuper de débarrasser la dent du tartre qui la recouvre et le poursuivre dans ses derniers retranchements. Lorsque le tartre est enlevé, faire l'antisepsie des culs-de-sac gingivaux et de l'alvéole et enfin pratiquer des cautérisations énergiques à seule fin de détruire les clapiers et d'enrayer la suppuration.

L'agent chimique que nous employons et qui nous a

donné quelques résultats est l'acide sulfurique monohydraté.

Ainsi donc : 1° Destruction et élimination du tartre.

2° Antisepsie rigoureuse de l'alvéole.

3° Cautérisation énergique à l'aide de l'acide sulfurique monohydraté.

Et d'abord qu'est-ce que le tartre et comment sa présence autour du collet d'une dent peut-elle constituer une prédisposition à l'infection alvéolaire ?

On sait que le tartre dentaire est constitué par un amas de micro-organismes au milieu desquels sont venus se déposer des sels calcaires. En 1680, Leeuwenhœck avait reconnu la présence de micro organismes dans le tartre, puis il n'en fut plus question jusqu'en 1870 où Wedel considéra le leptothrix comme formant la trame, le canevas dans lequel se déposent les sels calcaires constituant le tartre. Plus tard Galippe fit une très intéressante étude de ce sujet et démontra la septicité du dépôt salivaire.

Le tartre dentaire le plus dangereux pour l'alvéole n'est pas celui que l'on voit et qui donne aux dents l'aspect désagréable que l'on sait : c'est celui que l'on ne voit pas et qui s'accumule insidieusement. A l'état normal le tartre ne doit pas exister et cependant bien peu de bouches en sont dépourvues. C'est un enduit jaunâtre, terreux, constitué par des phosphates et des carbonates terreux. Les théories ne manquent pas pour expliquer sa formation. Les glandes tartriques de Serres n'existent pas. Magitot pensait que le tartre résultait d'un dépôt par précipitation des phosphates et carbonates terreux

tenus en dissolution dans la salive. Comme nous l'avons dit plus haut, Galippe démontra la septicité du tartre, aussi est-il admis aujourd'hui qu'il n'agit pas seulement en déchaussant les dents, mais bien en y provoquant des phénomènes infectieux. Il se dépose surtout sur le collet et à la face externe des grosses molaires supérieures, à la face postérieure et le collet des incisives inférieures, néanmoins il peut se développer sur toutes les dents, et quelquefois en quantités énormes au point de déchausser complètement les dents.

C'est ce tartre, ce véhicule des éléments infectieux qu'il faut enlever, et c'est ce qui constitue le premier temps de l'opération qui n'est pas le moins important. Il faut curetter l'espace inter-gingivo-dentaire et la crête de l'alvéole envahie. Il existe un procédé rapide dont nous avons longuement parlé plus haut. C'est celui mentionné par Bourdet et Toirac au siècle dernier, repris par Cruet et Galippe, qui consiste à fendre la gencive dans toute sa hauteur, soit avec les ciseaux courbes, soit avec la pointe ou petit couteau du thermocautère, soit encore avec le galvanocautère. Ce procédé donne d'assez bons résultats, mais il expose la racine sur une plus ou moins grande étendue et de plus il manque d'esthétique. Il faut donc se servir de curettes appropriées que l'on glissera entre la surface de la dent et la gencive jusqu'au fond de l'alvéole et on curettera énergiquement. Il s'agit d'enlever le tartre, non seulement le tartre visible, mais l'invisible qui est le plus dangereux ; ce tartre granuleux qui envahit progressivement la racine de la dent et provoque dans l'alvéole des phénomènes infec-

tieux qui font qu'elle finit par disparaître complètement et que la dent tombe ; c'est surtout sur les parties latérales des racines dentaires qu'il faut s'acharner à enlever le tartre.

Cette première phase du manuel opératoire est assez délicate et exige une main exercée pour l'accomplir : le curettage doit être fait énergiquement sans avoir peur de faire saigner la gencive, ce qui en amène une rapide décongestion.

Le tartre enlevé, on procède au lavage du cul-de-sac avec une solution antiseptique. Parmi les liquides employés, le meilleur de l'avis unanime est l'eau oxygénée.

Douée de propriétés antiseptiques puissantes, son pouvoir bactéricide l'ayant placée avant le sublimé lui-même, l'eau oxygénée est un hémostatique de premier ordre. Il faut l'employer très faiblement acide car celle que l'on trouve dans le commerce est toujours trop acide et trop irritante pour les muqueuses : il est bon d'en être prévenu. Les différentes affections des gencives et des dents étant dues à des microbes dont la virulence est favorisée par les fermentations qui se produisent dans la bouche, le lavage à l'eau oxygénée pourra empêcher la formation du tartre dentaire et être par cela même un excellent auxiliaire dans le traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Voici ce qu'en dit Dubois : « L'eau oxygénée est un des meilleurs médicaments à employer dans la maladie de Fauchard, à son contact le tartre se dissout, le microbe meurt, les tissus subissent une excitation réparatrice ».

Aussi lorsque le curettage de l'alvéole sera terminé, on glissera entre la portion de la gencive décollée et le collet de la dent une seringue chargée d'eau oxygénée et on procédera à plusieurs reprises à l'irrigation de l'alvéole. Lorsque le tissu gingival aura été débarrassé de l'enduit limoneux dont il était recouvert, on le verra perdre peu à peu de son caractère atone et violacé et prendre un aspect plus vivace.

Si le curettage était trop douloureux, on pourrait auparavant faire un tamponnement des culs-de-sac à l'aide de ouate imbibée d'une solution de cocaïne à 10 p. 100.

Le curettage terminé, on procède à la cautérisation de l'alvéole. Comme nous l'avons dit plus haut, l'agent chimique que nous employons est l'acide sulfurique concentré chimiquement pur.

On promène dans l'alvéole, aussi profondément que possible et dans tous les points accessibles un fil de platine, analogue à ceux dont on se sert dans les laboratoires de bactériologie, trempé dans l'acide sulfurique.

Lorsque la cautérisation est achevée, on peut faire un grand lavage à l'eau bicarbonatée sodique à seule fin de neutraliser l'excès d'acide. Le malade est alors remis à quatre jours. Pendant ce temps, l'hygiène la plus sévère et l'antisepsie buccale la plus rigoureuse sont prescrites. Le patient se brossera énergiquement les dents avec des poudres antiseptiques appropriées, plusieurs fois par jour et surtout après les principaux repas, pour empêcher les fermentations résultant de la stagnation des parcelles alimentaires entre les interstices dentaires de se produire.

Il prendra des bains de bouche fréquents de cinq minutes avec un liquide antiseptique; on pourra user avec avantage de l'acide thymique dont on prescrira une solution au millième.

Au bout de quatre jours, on recommencera une nouvelle cautérisation de l'alvéole et l'on constatera au bout de la troisième ou quatrième que la suppuration sera complètement enrayée.

Si les dents étaient très ébranlées, on les ligaturerait et l'on pourrait faire badigeonner les gencives du patient à l'aide de liquides destinés à les raffermir.

Pour répondre à ce but, M. le docteur Hugenschmidt a préconisé un mélange de chlorure de zinc et d'iodure de zinc, 0.25 centigrammes de chaque, ou encore une solution alcoolique d'iodure de soufre au quinzième qui lui aurait donné les meilleurs résultats.

Grâce à ce traitement, on voit les phénomènes douloureux s'amender et la suppuration se tarir. On continuera les cautérisations tant qu'elles seront nécessaires tous les quatre jours et on ne craindra pas de promener le fil de platine imbibé du caustique le plus profondément possible.

Enfin, on n'oubliera pas que le traitement local le mieux dirigé a besoin d'être soutenu par le traitement général, on se rappellera que la gingivite expulsive se montre au cours d'états diathésiques tels que le diabète, l'arthritisme, et on luttera contre eux en instituant une thérapeutique appropriée, comme on luttera contre l'infection locale en instituant une antiseptie buccale des plus sévères et une hygiène des plus rigoureuses.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Dr Hugenschmidt)

F..., âgé de 52 ans. Manifestations arthritiques diverses, pas de diabète, pas d'albuminurie.

Présente une gingivite expulsive généralisée. Plusieurs dents postérieures, aux maxillaires, supérieur et inférieur, sont tombées à la suite de cette lésion ; les dents antérieures haut et bas sont très branlantes, la pression sur la gencive de la région antérieure de ces dents fait sourdre une grande quantité de pus des espaces inter-gingivo-dentaires. Un stylet pénètre très profondément dans les culs-de-sac péri-dentaires, atteignant sur plusieurs dents le sommet radiculaire.

Chaque cul-de-sac est cureté très énergiquement, en ayant soin d'enlever les bandelettes tartriques situées sur les parois latérales des racines. Trois séances sont nécessaires pour cette opération. Lorsqu'elle est terminée, il est procédé à la cautérisation de chaque cul-de-sac à l'aide de l'acide sulfurique monohydraté, cautérisation en rapport avec l'étendue du décollement.

Le patient est remis à 4 jours.

4^e jour. — La suppuration a beaucoup diminué dans les décollements profonds et disparu complètement dans les décollements moins étendus. Les dents sont plus solides et la mas-

tication plus facile. Les espaces où il existe encore de la suppuration sont à nouveau énergiquement curettés. Lavage à l'eau oxygénée, cautérisation à l'acide sulfurique pur. Le patient est remis à 8 jours.

12^e jour. — L'amélioration est des plus manifeste, la coloration des gencives, là même où il existe encore de la suppuration, est devenue normale. Les dents sont beaucoup plus solides, la suppuration est localisée seulement aux incisives supérieures et inférieures. Nouveau curettage, nouveau lavage à l'eau oxygénée, cautérisation. Le patient est remis à 15 jours.

27^e jour. — Toutes les dents, sauf les deux incisives centrales supérieures, sont consolidées. Les deux incisives présentent encore un léger suintement. Nouveau curettage, nouvelle cautérisation. Le patient est remis à un mois.

57^e jour. — Toutes les dents sont consolidées. Le malade mastique sans aucune inquiétude.

Le patient a été revu tous les six mois depuis le mois d'octobre 1890, date de la première opération. Revu en septembre 1900, il n'avait perdu qu'une seule dent, une petite molaire supérieure droite par suite de fracture.

Le patient n'a cessé de faire pendant tout ce temps des bains de bouche antiseptiques de cinq minutes de durée, matin et soir.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le D^r Hugenschmidt)

K..., âgé de 48 ans, eczémateux, pas de diabète, pas d'albumine, vient nous trouver pour un ébranlement considérable de la première prémolaire supérieure droite. Le décollement atteint le sommet radiculaire, la dent remue considérablement et la dent voisine, la seconde prémolaire, a été enlevée 6 mois auparavant par la même affection, la maladie est généralisée et en voie d'activité.

Le malade se plaint d'un agacement continu dans toutes ses dents, la pression de la gencive au dessous du collet de chaque dent, amène du pus. Le malade présente en outre une lésion arthritique type de sa dentition, c'est à dire une érosion de la face antérieure du collet de ses dents, érosion qui, sur plusieurs dents, a été le point de départ d'une carie du collet. Le patient s'adresse à nous pour l'affection en général et surtout pour lui préserver cette petite molaire qu'il ne veut pas voir tomber.

Curettage très minutieux de la petite molaire, lavage à l'eau oxygénée, cautérisation à l'acide sulfurique monohydraté. La dent très mobile est ligaturée à la canine voisine pour lui donner un support. Des bains de bouche antiseptiques lui sont prescrits toutes les trois heures. Le patient est remis à quatre jours.

Le quatrième jour, la suppuration a complètement disparu des espaces inter-gingivo-dentaires, sauf de celui de la première prémolaire droite; nouveau curettage, lavage à l'eau oxygénée et cautérisation.

La prémolaire est presque consolidée le douzième jour, très léger suintement purulent; la ligature est enlevée, nouvelle cautérisation. Le patient est remis à quinzaine; à ce moment la dent est consolidée, le stylet ne peut plus pénétrer entre la gencive et la racine, le patient peut se servir de sa dent pour la mastication. Opération faite en juin 1894, le patient que nous voyons une fois par an pour une cautérisation préventive n'a jamais eu de rechute; — revu en juillet 1900, continuation des bains de bouche antiseptiques.

OBSERVATION III (personnelle).

R..., âgé de 39 ans. Son père, qui est mort à l'âge de 72 ans, a vu toutes ses dents tomber les unes après les autres, à tel point que, dit le malade, à quarante ans il n'avait plus une seule dent. Le malade a eu la fièvre typhoïde à 16 ans, et, depuis, n'a plus

été malade. Il vient à nous, se plaignant de ses gencives et de ses dents dont il ne peut se servir.

A l'examen de la bouche, nous constatons que les gencives sont d'une coloration rouge sombre, du tartre existe en assez grande quantité au niveau du collet des dents, une des incisives supérieures, l'incisive centrale, remue, et la pression qui est douloureuse, fait soudre du pus au niveau de son collet. L'haleine est très fétide et a une odeur caractéristique, et il y a des périodes durant quatre ou cinq jours, où la mastication, dit le malade, lui est totalement impossible.

Nous procédons immédiatement à un curettage très énergique, et nous faisons ensuite plusieurs lavages à l'eau oxygénée. Ce premier temps de l'opération terminé, nous faisons une première cautérisation à l'acide sulfurique monohydraté; le patient est remis à quatre jours.

Trois cautérisations nouvelles sont ainsi faites; à la quatrième, la pression gingivale n'est plus douloureuse, et ne détermine pas de suppuration, la mobilité de la dent a disparu presque en totalité, la mastication est devenue possible. Le malade est revu quelques mois après, la suppuration n'existait plus.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. le D^r Hugenschmidt)

L..., âgé de 54 ans. Manifestations rhumatismales, pas de diabète, pas d'albuminurie.

Il présente de la gingivite expulsive généralisée. Toutes ses dents sont branlantes, la suppuration n'existe cependant qu'autour des dents antérieures, les dents postérieures sont très déchaussées par cette forme de gingivite décrite par les Américains sous le terme d'atrophie alvéolaire à laquelle M. Cruet a donné le nom de « *forme sèche de la gingivite expulsive* ». Il existe en outre une érosion de toutes les dents, face antérieure

et masticante, érosion s'étendant à toute la hauteur des racines d'où la gencive est détachée.

Les culs-de-sac sont énergiquement curettés, les dents inférieures très mobiles sont ligaturées les unes aux autres.

Lavages à l'eau oxygénée, cautérisation à l'acide sulfurique monohydraté. Le patient est remis à 4 jours. au bout desquels nouvelle cautérisation.

Le malade se plaint d'une sensation de chatouillement, d'agacement de ses dents postérieures. Applications d'acide sulfurique ponctuées sur toute la hauteur de la gencive. Le malade est remis à huitaine.

Bains de bouche antiseptiques. Recommandation est faite au patient d'appliquer sur toutes ses dents, le soir avant de se coucher, un mélange à parties égales de bicarbonate de soude et de carbonate de chaux, à seule fin d'arrêter autant que possible les érosions dentaires.

Le 12^e jour. — La sensation de chatouillement a complètement disparu. Léger curettage suivi de cautérisation.

Le 27^e jour. — La suppuration a complètement cessé, la mastication est redevenue possible.

A noter que le patient, qui est un rhumatisant, avait eu tous les ans des poussées rhumatismales auxquelles correspondait un agacement et un léger suintement des incisives centrales inférieures.

Il faut noter également que ce cas a nécessité des cautérisations répétées sans qu'aucune carie soit survenue par décalcification, car c'est là le reproche que l'on a adressé à l'acide sulfurique.

OBSERVATION V (Résumée)

(due à l'obligeance de M. le Dr Hugenschmidt)

M..., âgé de 35 ans, présente une gingivite expulsive généralisée. L'incisive centrale supérieure droite est particulièrement branlante. A travers la gencive qui recouvre la dent, on sent

la racine sans l'interposition de substance osseuse alvéolaire, la pression fait sourdre du pus. Les dents voisines sont soigneusement curettées et cautérisées. L'incisive supérieure droite est enlevée et réimplantée suivant la méthode recommandée et pratiquée par Younger de San Francisco, c'est-à-dire en créant avec son trépan, un alvéole artificiel.

La dent ainsi implantée est ligaturée aux dents voisines.

Le 4^e jour. — La suppuration existe encore autour des incisives centrales et latérales de la mâchoire inférieure.

Pas la moindre trace autour de la dent réimplantée.

Il faut ajouter que la désinfection de l'alvéole avait été faite grâce à l'eau oxygénée, ainsi que sa cautérisation à l'acide sulfurique. Bain de bouche antiseptique.

Six mois après, la dent s'est de beaucoup consolidée ; mais elle est encore mobile. Elle est maintenue aux dents voisines par une ligature. Les autres dents sont saines.

OBSERVATION VI

(personnelle).

Sch..., âgé de 44 ans, syphillis à 20 ans, et, depuis, plusieurs poussées rhumatismales.

Se plaint à nous de ses gencives.

A l'examen de la bouche, nous constatons qu'à la mâchoire supérieure à laquelle il ne reste plus que deux incisives et deux molaires, une de chaque côté, les deux incisives sont mobiles : la pression gingivale fait sourdre du pus.

A la mâchoire inférieure, ses dents sont recouvertes de tartre.

Nous procédons au même traitement. Curettage de l'alvéole, cautérisation à l'acide sulfurique monohydraté, antiseptie buccale ; à la troisième cautérisation, nous constatons que la suppuration s'est amendée, et le malade remarque lui-même que

ses dents se sont consolidées, la mastication auparavant douloureuse, est devenue maintenant possible.

Nous avons revu le malade quatre mois après, les incisives avaient conservé leur fixité.

OBSERVATION VII (Résumée)

(due à l'obligeance de M. le Dr Hugenschmidt)

B..., âgé de 45 ans, se plaint d'une gingivite généralisée. Toutes les dents sont prises, et du pus s'écoule du collet de chaque dent à la pression. Les deux incisives centrales inférieures sont tellement mobiles que leur enlèvement s'impose. Le patient supplie de ne pas les enlever, et de trouver un moyen de les maintenir pendant quelques temps. En trois séances le curettage et la cautérisation à l'acide sulfurique sont effectués. Quant aux deux incisives mobiles et recouvertes de tartre, elles sont enlevées et remplacées temporairement par des bourdonnets de ouate.

Après les avoir nettoyées et cautérisées à l'acide sulfurique ; de même que leurs alvéoles ; les deux incisives sont ligaturées aux autres après avoir été réimplantées.

A la séance suivante la suppuration a complètement disparu de plusieurs dents. Il n'existe pas trace de pus autour des dents ligaturées. Un nouveau curettage est fait ainsi qu'une nouvelle cautérisation. Des bains de bouche sont prescrits. Et depuis, les dents sont restées dans le même état, et le malade n'en a pas perdu une seule.

OBSERVATION VIII

(recueillie à l'hôpital de la Pitié, grâce à l'obligeance de M. le Dr Frey)

B..., âgé de 41 ans.

A eu plusieurs poussées de rhumatismes très violentes.

Son père et sa mère sont également rhumatisants.

Il y a quelques années, trois ou quatre ans, il s'aperçoit que ses dents deviennent mobiles, la mastication douloureuse, l'haleine fétide, la gingivite était généralisée.

Il va à la consultation de la Pitié, où après des curettages énergiques de l'alvéole, on lui fit toutes les semaines des cautérisations à l'acide sulfurique.

Actuellement, la pression gingivale ne détermine aucune suppuration. Les incisives inférieures sont encore mobiles, les supérieures sont consolidées, le froid et les aliments sucrés déterminent encore un léger agacement des dents, la mastication est redevenue facile.

OBSERVATION IX

(due à l'obligeance de M. le Dr Hugenschmidt)

C..., âgé de 44 ans, a perdu plusieurs de ses dents par la gingivite explosive. Pas de diabète et d'albumine.

Toutes ses dents sont prises, et surtout les dents incisives latérales supérieures, la pression gingivale détermine l'écoulement de pus autour des deux dents ci-dessus mentionnées.

La gencive est décollée dans une grande étendue, les deux dents sont mobiles.

Curettage de toutes les dents et particulièrement du cul-de-sac des incisives latérales, lavage à l'eau oxygénée et cautérisation à l'acide sulfurique pur; le 4^e jour le décollement diminue, la curette n'arrivant qu'à la moitié de la hauteur des racines.

Nouveau curettage le 15^e jour, léger suintement. Nouvelle cautérisation.

Le 45^e jour guérison qui s'est maintenue depuis.

CONCLUSIONS

La gingivite expulsive se montre au cours de certains états diathésiques tels que diabète, arthritisme, etc.

C'est une affection des plus rebelles, et, abandonnée à elle-même, elle entraîne la chute des dents les unes après les autres ; après avoir fait endurer au malade les souffrances les plus vives.

Elle ne le met pas à l'abri des complications les plus graves, telles que stomatite généralisée, infection osseuse des maxillaires et du sinus, adénite maxillaire.

Le traitement consiste en l'ablation aussi rigoureuse que possible du tartre qui est un foyer à microbes et qui favorise la suppuration de l'alvéole. Le curettage de l'alvéole s'impose par conséquent.

On désinfectera l'alvéole avec un antiseptique énergique : l'eau oxygénée.

On procédera à des cautérisations avec un agent chimique, énergique : l'acide sulfurique monohydraté, porté sur un fil de platine analogue à ceux dont on se sert pour les examens bactériologiques, et promené jusqu'au fond de l'alvéole.

On instituera une antiseptie et une hygiène buccale des plus rigoureuses.

Enfin, on n'oubliera pas le traitement général.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TILLAX.

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1746. FAUCHARD. — Le chirurgien dentiste, 2 vol., Paris.
1757. BOURDET. — Recherches sur toutes les parties de l'art du dentiste, 1 vol., Paris.
1778. JOURDAIN. — Maladies de la bouche, Paris.
1812. DUVAL. — Propositions sur les fistules dentaires, précédées des observations sur la consommation de l'extrémité de la racine des dents, avec l'état des os de la mâchoire dans ces maladies. (*Journal de méd. chir. et Pharm.*)
1821. KÆCKER. — An essay on the dévastation of the gums and alvéolar process (*Phila. Journ. of med. and Phys. Science*).
1835. OUDET. — Dictionnaire 30 vol. 2^e éd. t., x, Paris.
1838. JOULLOT. — De la suppuration simultanée des gencives et des alvéoles, Paris.
1847. FICINUS. — Uber das Ausfallen der Zähne (Walters und Ammons. (*Journ. of chirurgie.*))
1847. SHEPPARD. — Spontaneous destruction of the alveoli (*Journ. of dental Sc.*).
1849. TOIRAC. — Pyorrhée inter-alvéolo-dentaire, ou écoulement de pus entre l'alvéole et la racine de la dent. *Dictionnaire méd.* Beade, t., 1.
1851. SCHEMEDICKE. — Uber die Verzehrung der zahnfächer (Der Zahnartz).
1853. BOYAUX. — Du gonflement chronique fongueux des gencives, Paris.

1853. VELPEAU et BAUCHET. — *Union méd.*
1855. JERDEL. — De l'absorp. des gencives et des alvéoles, Dijon.
1857. LABORDE. — De la valeur du chlorate de potasse dans le traitement des gingivites chroniques, avec ou sans pyorrhée alvéolaire (*Bull. Thérap.*).
1859. BERGERON. — De la stomatite ulcéreuse des soldats, Paris.
1859. VILLMSSENS. — Emploi thérapeutique du tannin dans les maladies de la membrane inter-alvéolo-dentaire suivies de suppuration des gencives et de l'ébranlement des dents. (*Journ. med. de Bordeaux.*)
1860. MARCHAL DE CALVI. — Affection non décrite des gencives ; gingivites expulsives. (*Gazette des Hôpitaux.*)
1860. CARRIÈRE. — De la gingivite expulsive et de sa coïncidence géographique avec la scrofule et l'helminthogénésie (*Union médicale*).
1861. DELESTRE. — Du ramollissement des gencives (Paris).
1861. PONS. — Quelques mots sur la gingivite expulsive (*Un. méd.*).
1861. TESSIER. — De la gingivite expulsive considérée dans ses rapports avec les états diathésiques (*Gazette méd. de Lyon*).
1864. PANSCH. — De pyorrhoea alveolaris gingivite expul-siva (Halis).
1865. W. ATKINSON. — Absorption of the alveoli (*Dental Cosmos*)
1867. MAGITOT. — Mémoires sur l'ostéo-périostite alveolo-dentaire (*Archives générales de Médecine*).
1868. HOWLAND. — Maxillary absorption (*Dental Cosmos*).
1868. LABBÉ. — Affection singulière des arcades alvéolo-dentaire (*Gazette des Hop.*).

1869. DOLBEAU. — Affection singulière du max. supér. caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire (*Gaz. Hop.*)
1870. WEDEL. — Pathologie der Zähne.
1871. SCHELLER. — Über alveolar absorption und Behandlung derselben. (*Deutsche Viertel Jahrschrift für Zahn.*)
1872. BRÉNIER. — Alveolar absorption.
1872. CRUVEILHIER. — Résorption progressive de la partie alvéolaire du maxillaire supér. (*Bulletin de la soc. de Chir.*)
1873. RUMBOLD. — Destruction of gums and alveolar process. (*Missouri Dental Journal*).
1875. SCHNEIDER. — Pyorrhœ der Alveolen. (*Deutsche Viertel Jahrschrift für Zahn.*)
1876. RIGGS. — Suppurative inflammation of the gum. (*Journal of Dent. Sc.*)
1876. PIETKIEWICZ. — De la périostite Alvéolo-dentaire. Paris.
1876. MAGITOT. — De la gingivite, ses différentes formes, son traitement par l'acide chromique. (*Gaz. Hôp.*, 1877, 1878, 1879, 1880).
1877. SCHLENKER. — Alveolar pyorrhœ. (*Deutsche Viertel Jahrschrift f. Zahn.*)
1877. PINARD. — De la gingivite des femmes enceintes.
1877. DESPRÈS. — De la gingivite expulsive. (*Chir. journalière*).
1877. BARONNET. — Causes anatomo-physiologiques d'ostéopériostite dentaire. Paris.
1878. EAMES. — Pyorrhea alveolaris. (*Missouri Dent. Journal*).
1879. HARRIS. — Principles and practice of dentistry. 10^e éd.
1879. VALLIN. — Des altérations trophiques des os maxillaires dans l'ataxie locomotrice. (*Un. médic.*).

1880. AGUILHON DE SARRAN. — Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive.
1880. GUÉBEY. — Etude sur l'ostéopériostite alvéolaire. Paris.
1881. WITZEL. — Alvéolite infectieuse. (*Deut. V. Jahr. f. Zahn.*).
1881. MAGITOT. — Dictionnaire encyclopédique des sc. méd.
1882. DEMANGE. — Chute spontanée des dents et crises laryngées et gastriques chez les ataxiques. (*Revue de Médecine*).
1882. DAMASCHINO. — Chute des dents et destruction des alvéoles dans l'ataxie locomotrice. (*Gaz. Hôp.*).
1882. MAGITOT. — Valeur diagnostique dans le diabète sucré de la périostite alvéolaire des mâchoires. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*).
1883. HAY MARGIRANDIÈRE. — Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques de l'ataxie locomotrice ; chute spontanée des ongles et des dents. Paris.
1883. BORNIEUX. — De la chute des ongles, de la chute des dents et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et dans le diabète. Paris.
1884. MALASSEZ ET GALIPPE. — Note sur l'étiologie et le traitement de l'ostéopériostite alvéolo-dentaire. (*Soc. de Biol.*).
1884. CHAUVEAU. — Le rhumatisme dentaire. (*Un. méd.*).
1885. DAVID. — Maladie de Fauchard. (*Gaz. Hôp.*).
1885. MALASSEZ. — Sur le rôle des débris épith. (*Arch. de phys.*).
1885. RIGGS. — Pyorrh. alvéolaire. (*Arch. of dentist.*).
1885. BRASSEUR. — Encyclop. intern. de chir. Paris.
1885. RAWELS. — Pyorrh. alv. (*Cosmos*).
1886. TALBOT. — Id.
1887. INGERMANN. — Id. (*Arch. of Dent.*).

1887. MERRY. — Pyorrh. alv.
1887. PADLEY. — Id. (*Cosmos*),
1887. GALIPPE. — Note sur la gingivite arthro-dentaire infectieuse. (*Connaissance Méd.*, 1888, 1889 et 1890).
1888. EDWARDS. — Pyorrh. alv. (*Cosmos*).
1889. J.-W. MILLER. — Pyorrh alv. (*Arch. of Dent.*).
1889. RHEIN. — Id.
1889. CONRAD. — Id.
1889. *Congrès intern. dentaire de Paris*.
1890. GUYOT. — Path. de l'arthrite alv. infect. et ses rapports avec l'arthritisme. (*Soc. stomat.*).
1890. COLLAUD. — Etude du ligament alv. dent. chez l'homme et certains animaux. (*Journal Int. mensuel de l'anat.*).
1890. PAUL RICHER. — De la périodontite expulsive et de son traitement. (*Thèse de Paris*).
1890. C. B. ATKINSON. — Pyorrh. alv. (*Cosmos*).
1891. GEIST. — Pyorrh. alv. (*Deut Monat's f. Zahn.*).
1892. VIAU. — Périodontite chronique (*Odontologie*).
1892. JOSEPH. — Etude critique sur la periodontite expulsive (*Odontologie*).
1892. STEVENS. — Pyorrh. alv. (*Intern. dent. Journ.*).
1892. PIERCE. — Id. Id.
1893. W. C. BARRETT. — Pyorrh. alv. (*Cosmos*).
1894. PIERCE. — Etiology of Pyorrh. alv. (*Int. dent. Journ.*).
1894. PAUL DUBOIS. — Aide mémoire du chirurgien dentiste.
1895. VIAU. — Formulaire pratique des maladies de la bouche et des dents.
1895. QUILLIOT. — Polyarthrite alvéolo-dentaire. Lille.
1895. TOUCHARD. — Maladie de Fauchard. (*Gaz. Hôp.*).
1895. BAUDET. — Arch. générales de méd. (Janvier).
1896. FREY. — Pathologie de la bouche et des dents.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
